

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 218

ETUDE CRITIQUE
sur le
**Traitement de l'Épilepsie
par la Castration**

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
SECTION de MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 30 Juin 1924

PAR

Borivoié IVKOVITCH

né à BELGRADE (Serbie), le 6 Juillet 1894



LYON
Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU
42, Quai Gailleton, 42
Téléphone 63-56

1924

ETUDE CRITIQUE SUR LE TRAITEMENT
DE L'ÉPILEPSIE PAR LA CASTRATION

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 218

ETUDE CRITIQUE
sur le
**Traitement de l'Epilepsie
par la Castration**

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 30 Juin 1924

PAR

Borivoié IVKOVITCH

né à BELGRADE (Serbie), le 6 Juillet 1894



LYON
Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU
42, Quai Gailleton, 42
Téléphone 63.-56

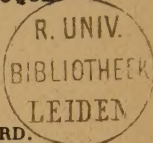
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... **MM. H. HUGOUNENQ.**
Doyen **J. LÉPINE.**
Assesseur **ROQUE.**

PROFESSEURS HONORAIRES

**MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.**



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LÉPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOU.
Médecine légale.....	X
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie.....	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

**MM. LÉPINE, président ; SAVY, assesseur ;
FROMENT et COTTE, agrégés.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Je dédie ce travail comme un faible témoignage de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance.

A M^{me} IVAN V. IVKOVITCH

Affection et reconnaissance.

A MA TANTE : M^{me} L.-Y. YOVANOVITCH

Affection et reconnaissance.

A MA FEMME ET A MA FILLE

Avec une infinie tendresse.

A MES FRÈRES ET MES SŒURS

A M. ET M^{me} EDMOND LACROIX

Affection et reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J. LÉPINE

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur de la Clinique Neurologique et Psychiatrique
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le prions d'agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. COTTE

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous n'oublierons jamais l'aimable accueil qu'il nous a fait ainsi que les conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail. Nous le prions d'agréer nos sincères remerciements et l'expression de nos sentiments respectueusement dévoués.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE LYON

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LA CASTRATION

L'ÉPILEPSIE ET LA MENSTRUATION

L'étude des rapports de la menstruation avec l'épilepsie a donné lieu à un certain nombre de travaux, mais les conclusions n'étaient pas toujours concordantes.

Pour BEAU, les attaques épileptiques apparaissent chez les femmes avec une grande fréquence à l'époque des règles.

Il signale aussi que la puberté chez les épileptiques est généralement retardée.

BRIÈRE DE BOISMONT croit que c'est à la puberté que l'épilepsie commence simultanément avec les règles ; une fois les règles établies, les attaques se produisent de préférence au moment des époques menstruelles.

BERTHIER pensait que les attaques convulsives sont provoquées avec une égale fréquence par arrêt ou par l'excès de l'écoulement menstruel.

Pour VILLARD (1868) une menstruation régulière peut diminuer parfois la fréquence des accès. Elle provoque presque toujours des crises à chaque période catameniale.

AXENFELD est d'avis que l'établissement de la menstrua-

tion peut être le point de départ de l'épilepsie et que les accès sont plus fréquents au moment des règles.

LAWSON TAIT remarqua que chez certaines femmes, les accès ne se produisaient que pendant la période menstruelle : *c'est la véritable épilepsie menstruelle*. Nous verrons plus loin que ce sont précisément ces considérations qui l'amènèrent plus tard à pratiquer l'ablation des ovaires.

FÈRE considérait que tout trouble dans la menstruation avait une influence sur l'apparition et la fréquence des attaques convulsives ; l'influence de la puberté est particulièrement nette dans les cas où la menstruation s'établissait difficilement et reste douloureuse. La menstruation active souvent l'épilepsie en multipliant les paroxysmes convulsifs et en les rendant plus intenses.

Plus récemment, les auteurs ont repris avec intérêt l'étude de l'épilepsie et des fonctions ovariennes.

Dans un tiers des cas observés par CLAUDE et MAES, il y a exagération des phénomènes convulsifs au moment des règles.

FLAVIERO cite le cas d'une épileptique réglée abondamment mais irrégulièrement pendant toute la période d'activité génitale, chez laquelle les accès apparaissent périodiquement en même temps que les menstrues et dont la guérison survient juste à la ménopause.

Cependant ETCHEPARE pense au contraire que l'influence de la menstruation sur les aliénées a été très exagérée, et dans l'épilepsie il admet que les règles peuvent avoir une action favorable.

Dans les trois quarts des malades observées par LÉVI BIANCHINI, la maladie a apparu avant la trentième année,

les accès étaient quatre fois plus nombreux dans les périodes menstruelles que dans leur intervalle, plus de la moitié de ces épileptiques avaient de la dysménorrhée.

TREPSAT, en 1808, reprend cette étude sur les rapports de l'épilepsie avec la menstruation, l'étude porte sur les dix-huit malades suivies jour par jour pendant 21 mois, et qui ne présentaient d'autres tares physiques que des accidents épileptiques. L'auteur donne les conclusions suivantes :

« Pendant la période d'activité sexuelle des épileptiques les crises comitiales sont plus fréquentes au moment des menstrues et surviennent souvent par séries les derniers jours des règles et les deux ou trois jours qui suivent. Les vertiges sont parfois nettement augmentés pendant les périodes cataméniales. »

L'époque de la puberté est généralement retardée chez les épileptiques ; une fois établie, la menstruation est souvent irrégulière ; enfin, à la ménopause, les attaques ont une tendance à perdre leur caractère de paroxysme chronique. On note chez un grand nombre d'épileptiques des troubles psychiques.

En 1910, Hugues DAVIDSON, dans son travail important, publie :

« L'épilepsie ovarienne et son traitement opératoire » présente deux épileptiques chez lesquelles les crises épileptiques coïncident intimément avec les règles, ne se reproduisent jamais pendant la période intermenstruelle. Comme LAWSON TAIT et SCHRAMM, il pratique l'ablation des ovaires, comme nous le montrerons plus tard.

A. LE BRETON, étudiant les rapports réciproques de la menstruation et l'épilepsie chez les 34 femmes épileptiques, donne les conclusions suivantes :

« La menstruation et l'épilepsie semblent présenter des rapports réciproques dans 30 cas ; les crises n'ont aucun rapport avec les menstrues dans 4 cas seulement ; dans 4 cas l'épilepsie s'établit à la puberté, dans 2 cas les crises tendent à disparaître ou s'atténuer au moment des époques ; enfin dans 4 cas les crises ont disparu ou ont été améliorées par la ménopause. »

Enfin, tout récemment, MM. REBATTU, MOLLON et SEDILLAU essayent de préciser les rapports unissant l'épilepsie et la fonction ovarienne. Les observations portent sur un certain nombre de malades, dont quelques-unes ont été suivies plus de 50 ans.

Dans ce travail, très important, ces auteurs étudient les différents rapports existant entre l'épilepsie et la vie génitale de la femme et arrivent aux conclusions qu'il existe une relation étroite entre l'épilepsie et les fonctions ovariennes (puberté, menstruation, grossesse, ménopause). La relation qu'ils ont observée dans un tiers des cas.

Dans quelques-uns des cas, ces rapports entre l'épilepsie et la vie génitale persistent pendant toute la vie, notamment dans 3 cas, où les crises apparaissent à la puberté, coïncident plus tard avec les périodes menstruelles et cessent à la ménopause. La ménopause amène souvent la disparition des crises (5 cas) ou diminution de leur fréquence (3 cas), mais aussi dans 3 cas l'épilepsie est apparue après la ménopause.

Cependant L. MARCHAND, dans son travail, publié quelques mois plus tard, arrive aux conclusions un peu différentes. Aucune règle ne peut être établie sur l'action des fonctions ovariennes sur l'épilepsie. Tantôt les menstrues n'ont aucune influence sur la marche de l'épilepsie ;

tantôt elles semblent amener le groupement des accès au détriment des autres jours du mois ; tantôt elles aggravent nettement l'épilepsie. Dans de très rares cas, on peut noter une coïncidence entre le début de l'épilepsie et l'apparition des premières règles. La ménopause n'a généralement aucune action, soit favorable, soit aggravante, sur l'épilepsie ; la grossesse a souvent une action, plutôt favorable, qui reste limitée à la période de gestation.

Nous voyons bien que le rôle joué par les fonctions ovariennes sur l'évolution de l'épilepsie a été particulièrement étudiée, mais les résultats de ces différents travaux sont souvent contradictoires. Cependant, malgré les divergences des opinions des différents observateurs, on peut facilement constater que les règles ont souvent une influence sur l'apparition ou sur la marche de l'épilepsie.

L'étude clinique montre, en effet, que c'est souvent à la puberté qu'éclate le premier accès épileptique et puis, lorsque la menstruation est bien établie, le retour des périodes menstruelles est l'occasion de nouvelles crises, de telle façon qu'on peut dire que, dans la plupart des cas, les règles aggravent manifestement une épilepsie préexistante, que les attaques convulsives sont, dans la majorité des cas, beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus intenses pendant la période menstruelle.

Mais, dans beaucoup des cas, l'épilepsie n'est pas d'origine ovarienne. Le molimen cataménial ne joue qu'un rôle d'une cause occasionnelle ainsi qu'une émotion morale ou un traumatisme pour la production des attaques.

Autrement dit, les fonctions ovariennes ne produisent

pas l'épilepsie qui a une autre origine, mais seulement les périodes menstruelles collectent les accès épileptiques et les intensifient.

LAWSON TAIT réserva le nom de véritable épilepsie menstruelle aux cas où les accès épileptiques ne se reproduisent que pendant la période menstruelle.

LA CASTRATION DANS L'ÉPILEPSIE

De telles considérations ont eu une certaine portée pratique, puisque ce sont ces considérations sur cette variété d'épilepsie, où les ovaires se montraient nettement comme un foyer d'excitation pour l'écorce cérébrale qui décidèrent LAWSON TAIT à pratiquer la première castration chez une malade qui présentait des crises infiniment rares entre les époques, se produisant par contre avec une grande intensité et une grande fréquence au moment des menstrues.

LAWSON TAIT rapporte qu'il se décida à opérer sa première malade à un moment où les attaques étaient assez sérieuses pour mettre sa vie en danger et où il était possible que, dans un accès violent, elle commit un homicide, « car, en proie à une manie épileptique, elle avait été transportée dans une maison d'aliénés ». Les ovaires enlevés présentaient une transformation cirrhotique, suite d'une ovarite exanthématique. La malade fut améliorée au point que c'était une femme transformée (DALCHÉ).

En 1880, LAWSON TAIT présente encore une observation d'une jeune fille de 17 ans atteinte de manie et de l'épilepsie coïncidant avec les règles, chez qui il a fait l'abla-

tion des deux ovaires. Ceux-ci étaient d'ailleurs complètement sains. Après l'opération, la manie disparut ; quant aux attaques épileptiques, elles devinrent moins nombreuses, seulement trois par mois, au lieu de quinze. Ces attaques étaient aussi moins violentes.

Pourtant, après quatre autres opérations, LAWSON TAIT demeurait indécis. Après lui, on pratique souvent de semblables interventions dans l'épilepsie et hystéro-épilepsie, surtout en Amérique.

LEPPMANN et FRITSCH, en 1886, ont fait des tentatives de guérir la vraie épilepsie par l'extirpation des ovaires kystiquement dégénérés.

Malgré des insuccès, LEPPMANN conseille l'extirpation des ovaires comme moyen thérapeutique dans l'épilepsie et pense que, dans des cas appropriés, on peut extirper même les ovaires sains.

SCHRAMM, en 1887, publie deux observations d'épilepsie ovarienne dans lesquelles l'ablation des deux ovaires amena une remarquable guérison observée un an après l'opération. Dans les deux ans, les attaques épileptiques étaient infiniment liées à la menstruation. L'épilepsie avait débuté vers l'époque des premières règles, les attaques épileptiques non seulement coïncidaient nettement avec les périodes menstruelles, mais encore toutes les fois que les règles disparaissaient pour un temps plus ou moins long, les crises épileptiques ne se reproduisaient plus pendant toute cette période d'aménorrhée, pour apparaître ensuite avec une nouvelle apparition des règles.

Après avoir employé infructueusement pendant de longues années tous les procédés thérapeutiques connus, il se décida à pratiquer l'ablation des deux ovaires, comme

ultimum refugium, d'ailleurs avec un plein succès, comme nous le montrent les deux observations (VIII et IX).

Il conseille le procédé opératoire toutes les fois que la connexion entre une lésion morbide des organes génitaux ou du phénomène de la menstruation et la névrose est profondément vérifiée. Au contraire, l'intervention restera délicate et avec résultat incertain dans tous les cas où cette connexion n'est pas distincte et où les attaques épileptiques se détournent du rythme menstruel.

BRENNAN, en 1903, rapporte le fait suivant :

« Une grosse fille sanguine de 19 ans, bien constituée, intelligente, vivant dans un bon milieu, présentant vers l'époque des règles des attaques épileptiformes jusqu'à trois fois dans la même journée, elle tombe, avec pâleur de la face, perte de connaissance, rigidité, poings fermés, mouvements convulsifs généralisés, congestion de la figure, se mord la langue et les joues. Les extrémités deviennent froides, elle écume rarement, cri initial exceptionnel. Différents organes sains, utérus sain, ovaires sains, *un peu kystiques*. Les ovaires sont enlevés. Une partie de l'ovaire gauche est cousue dans la paroi de l'utérus. Dans les jours qui suivent l'opération, il y a une légère crise classique, avec cri initial, morsure de la langue. L'état général est des plus satisfaisant. »

Dans le cas de RUSSELL, des attaques épileptiformes survinrent chez une femme porteur de deux tumeurs ovariennes et ces attaques cessèrent à l'ablation des deux ovaires (épilepsie sympathique).

L. GUALINO a publié l'observation d'une jeune fille avec antécédents héréditaires et personnels. Après avoir eu, à 2 ans, des convulsions, présente pour la première fois, à l'âge de 14 ans, au moment de l'installation des règles, une crise épileptique. Jusque-là, à part ses convulsions, elle n'avait jamais eu ni accès convulsif, ni aucune autre manifestation épileptique. Depuis, ses crises se répètent, au nombre de deux ou trois par mois, mais toujours pendant les périodes menstruelles. Les médications anti-convulsives habituelles n'ayant donné aucun résultat, l'auteur songea à supprimer le flux cataménial dont paraissait dépendre l'apparition des crises. Il y parvint, en employant en injections le chlorhydrate de cotarnine ou styptycine : quelques jours avant l'époque des règles de la malade, il en administra d'abord de petites doses, qu'il augmenta ensuite (0,05 centigr., quatre fois par jour), au moment même où auraient dû apparaître les menstrues. Celles-ci ne parurent pas et aucune manifestation épileptique ne survint. Le même procédé donna les mêmes résultats les quatre mois suivants, mais le cinquième mois, les injections ayant été suspendues, les crises revinrent.

L'auteur remplaça alors la styptycine, qui pouvait devenir nocive à la longue par un autre remède, déjà préconisé par Régis dans un certain nombre de maladies mentales, la substance ovarienne. Deux tablettes d'ovaire sec Roche, trois fois par jour, pendant les dix jours précédant l'époque présumée des règles suffirent, tout en maintenant le flux sanguin, à supprimer les crises, mais, cinq mois plus tard, elles revinrent après la suppression du traitement ovarien.

Plus près de nous, nous retrouvons le travail intéressant de DAVIDSON.

En 1910, cet auteur publie les observations des deux malades chez lesquelles la castration amena une guérison appréciable. Dans les deux cas, il s'agissait d'une véritable épilepsie ovarienne. Les attaques épileptiques ont commencé à l'époque de l'apparition des premières règles ; puis, lorsque la menstruation fut établie, les attaques revenaient toujours au début de chaque période menstruelle. Les crises ne se montrèrent jamais pendant la période intermenstruelle. Il pense, comme SCHRAMM, que la castration peut être très efficace dans l'épilepsie ovarienne.

Le seul point essentiel est d'être sûr que l'épilepsie est d'origine ovarienne, ce qui peut être, selon lui, établi avec satisfaction, en considérant soigneusement le début de la maladie et son évolution.

Selon DAVIDSON, les insuccès qui se sont produits dans de semblables interventions trouvent leur explication dans ce fait que l'opération a été souvent trop longtemps renvoyée.

« Le nombre d'années perdues en vaines attentes pour guérir la maladie au moyen de médicaments peut procurer un tel état d'instabilité nerveuse qu'aucune opération d'éloignement d'une source d'irritation périphérique ne peut être utile. »

L. MARCHAND, en 1920, a observé durant plusieurs mois deux épileptiques qui avaient subi l'ablation des ovaires ; mais ses constatations ne s'accordent pas avec les résultats obtenus par SCHRAMM, BRENNAN, RUSSELL et DAVIDSON.

Le premier cas concerne une femme qui est atteinte

d'épilepsie à l'âge de 38 ans, sans cause nettement établie. Grandes crises rares (deux ou trois par an). Les absences et vertiges, par contre, sont fréquents et souvent suivis de troubles mentaux. A l'âge de 46 ans, castration pour fibrome, les absences et vertiges deviennent plus nombreux ; les troubles mentaux post-paroxystiques prennent une plus grande intensité et nécessitent l'internement.

Le deuxième cas concerne une jeune fille : crises d'épilepsie à l'âge de 13 ans. Apparition des premières règles à 13 ans 1/2 et suspension des crises pendant dix-huit mois. A quinze ans, disparaissent les règles et les accès font leur réapparition avec une fréquence qui n'est plus variée, malgré le retour des règles, qui restent irrégulières. A l'âge de 22 ans, castration qui a nettement aggravé l'état de la malade.

L. MARCHAND, constatant la mauvaise influence de la castration sur une épilepsie préexistante, cite à l'appui de ces considérations les deux observations dans lesquelles l'épilepsie est survenue après cette opération.

« Une femme, sans aucune tare connue, est atteinte, à l'âge de 22 ans, de kystes des ovaires qui nécessitent l'ovariotomie double. Durant les mois qui suivirent l'opération, la malade ressentit « des rougeurs et des chaleurs au visage ». Deux mois après l'opération, elle eut une première crise d'épilepsie. Tout d'abord, les accès n'apparurent que tous les mois à l'époque présumée des règles, puis ils survinrent irrégulièrement et n'ont plus cessé de se produire.

Dans le cas suivant, il s'agit d'une vieille demoiselle goitreuse, qui est atteinte de fibrome utérin et subit, à l'âge de 65 ans, l'ablation de l'utérus et des ovaires. Deux mois après l'intervention, première crise épileptique. On constate dans la suite des absences assez fréquentes. Quatre mois après l'opération, état de mal mortel. L'examen histologique a décelé une thyroïde subaiguë et une hémorragie de l'hypophyse.

Selon lui, ces faits démontrent nettement que la suspension des fonctions ovariennes a plutôt une action aggravante sur une épilepsie préexistante, fait constaté également par M. VALLON (*Soc. Méd. Psych.*, 28 juin 1920, p. 455).

Il y a à peine quelques mois que MM. COTTE et REBATTU ont présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon les observations de deux épileptiques chez lesquelles ils ont fait une stérilisation des ovaires par la radiumthérapie. Chez toutes les deux, les crises avaient commencé à la puberté et se reproduisaient à chaque période menstruelle.

Revues un an après, elles présentaient un plus grand nombre de crises : trois ou quatre au lieu de deux chaque mois. L'état psychique s'est aussi défavorablement modifié. Mais, par contre, une épileptique présentant une rétroversion utérine facilement réductible a été très améliorée par le port d'un pessaire d'abord, puis par la fixation utérine.

MM. COTTE et REBATTU arrivent aux conclusions que les épilepsies réflexes consécutives à des lésions utéro-ovariennes peuvent être heureusement influencées par

des opérations gynécologiques ; mais la simple coïncidence des règles et des crises ne permet pas d'espérer un heureux résultat lorsqu'il n'existe aucune lésion de l'appareil génital.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(MM. COTTE et REBATTU)

I. L. Cl., 32 ans. hospitalisée au Perron, depuis le 18 janvier 1922. Pas d'antécédents héréditaires. A 9 ans, affection qui fut qualifiée de méningite et qui aurait laissé de la cécité pendant quatre mois. Fièvre typhoïde à 20 ans. Pleurésie à 30 ans.

La première crise survint à l'âge de 10 ans à la suite d'une émotion ; elle fut typique et s'accompagna de morsure de la langue et d'incontinence d'urine. La menstruation s'établit le jour même de cette première crise. Actuellement, elle prend une ou deux crises chaque mois immédiatement avant les règles. L'examen somatique est négatif. Depuis que la malade a eu une pleurésie, les règles sont irrégulières et manquent souvent. La médication ovariennne est restée sans effet. Le 9 février 1923 on fait une application de radium dans le but de supprimer complètement la menstruation. (100 milligrammes de bromure de radium pendant 48 heures.)

Le 30 juillet, les règles n'ont jamais reparu, la malade accuse quelques malaises dus à la ménopause ainsi obtenue ; les crises ont une tendance à être plus fréquentes (3 au lieu de 2 par mois).

6 février 1924. — La malade continue à n'être pas réglée, elle est plus irritable ; le nombre des crises est actuellement de 3 à 4 par mois.

OBSERVATION II

(MM. COTTE et REBATTU)

D. J., 32 ans, hospitalisée au Perron depuis 1919. Dans ses antécédents héréditaires, on note : éthyisme du père, une sœur morte de méningite.

Pas de maladie dans l'enfance. C'est à 9 ans qu'apparut la première crise. Depuis, celles-ci se sont renouvelées toutes les trois semaines. Réglée à 15 ans, les règles sont peu abondantes, elles sont précédées chaque fois, 2 ou 3 jours auparavant, d'une à deux crises. Pas d'absences, quelques rares vertiges. Accès de colère assez fréquents, léger déficit intellectuel. L'examen somatif est négatif ; à signaler seulement l'exagération des réflexes rotuliens ; un traitement thyro-ovarien poursuivi pendant 2 mois n'a donné aucun résultat.

Le 11 février 1923, application de radium intra-utérine dans le but de provoquer la ménopause.

Le 30 juillet 1923, l'aménorrhée est complète mais le nombre des crises n'a pas été modifié.

Le 6 février 1924, la ménopause est définitive, le nombre des crises est de 3 à 4 par mois. La malade est beaucoup plus irritable et présente des accès d'agitation qui nécessitent souvent son isolement.

OBSERVATION III

(MM. COTTE et REBATTU)

Il s'agit d'une femme de 40 ans dont le père était éthylique, mais qui avait toujours eu une bonne santé. Sept enfants tous nés à terme ; pas de fausse couche. Réglée à 13 ans. Mariée à 23 ans, un enfant à 24 ans, un autre 7 ans après. La première crise survint en 1918 sans cause apparente et fut tout à fait caractéristique. Du reste, la malade a été vue par deux médecins des hôpitaux qui ont tous deux fait le diagnostic d'épilepsie. En ce qui concerne l'évolution des crises, les premières ont nettement coïncidé avec les règles mais ensuite elles sont devenues plus fréquentes aboutissant à un véritable

état de mal et la coïncidence se perd. En mai 1922, la malade vient consulter l'un de nous parce qu'elle souffre du ventre ; elle présente, en effet, une rétroversion assez facile à réduire, du reste, et qu'on maintient avec un pessaire. Pendant les trois semaines qui suivent, non seulement la malade ne souffre plus du ventre, mais elle n'a plus aucune crise, tout se borne à quelques vertiges, mais le pessaire est mal toléré et détermine de violentes douleurs. C'est dans ces conditions qu'on fait une fixation utérine. Intervention le 1^{er} février 1922. Appendicéctomie, fixation ligamentaire.

La malade quitte l'hôpital le 18 juin. Revue au mois de janvier suivant, elle dit que pendant les trois premiers mois qui ont suivi l'opération elle n'a pas pris aucune crise ; ensuite elle a eu de loin en loin encore quelques crises légères, mais au total son état n'est pas comparable et elle a pu reprendre son travail.

OBSERVATION IV

(L. MARCHAND)

Mme B..., âgée de 48 ans, entre à la Maison Nationale le 22 mars 1919. Les renseignements héréditaires ne contiennent rien de particulier. B... n'a jamais eu de maladie grave. Elle s'est mariée à l'âge de 24 ans ; elle a eu un fils qui a été tué pendant la guerre, pas de fausse couche.

Les crises épileptiques sont apparues à l'âge de 38 ans sans cause nettement établie ; les grandes crises ont toujours été rares, deux ou trois par an. Par contre, les absences et les vertiges ont été fréquents et souvent suivis de troubles mentaux. La malade a suivi différents traitements, elle a pris pendant longtemps du bromure sans amélioration appréciable. A l'âge de 4 ans elle est atteinte de fibromes entraînant des métrorragies fréquentes et elle subit l'ablation sus vaginale de l'utérus et des ovaires. Les suites sont normales ; pas de suppuration, pas de fièvre.

La famille avait l'espoir que cette intervention amènerait une modification heureuse dans l'évolution de l'épilepsie. Il n'en fut rien. D'après les renseignements du mari, confirmés par la malade, les vertiges et les absences devinrent plutôt plus nombreuses ; les troubles mentaux post-paroxystiques pri-

rent une plus grande intensité. La malade se plaignait fréquemment de poussées congestives à la face. C'est au cours d'un accès de confusion mentale post-paroxystique que B... rentre dans notre service. Elle a eu, le 16 mars 1919, un accès convulsif présentant les caractères classiques de la grande crise épileptique et elle s'est mise immédiatement à délirer.

Elle présente à son entrée un délire confus ; les propos sont incohérents ; la voix est monotone. Son portrait est tombé, dit-elle, c'est un grand malheur, une catastrophe va en résulter, l'univers va s'enflammer, l'air est arrêté. La boule est en l'air, elle va arrêter le soleil. Les grelots montent dans ses oreilles. Le bon Dieu vient de lui causer, il lui annonce le retour de son fils, etc... La malade est calme, tantôt elle se promène en parlant seule, l'air égaré, sans faire aucune menace ; tantôt elle reste assise en état de stupeur, ne répondant pas aux questions ou répondant par hasard par oui ou par non, ne reconnaissant personne, pas même son mari.

Au point de vue somatique, on constate un léger empâtement des formes, de l'hypertrichose. Le corps thyroïde ne paraît pas augmenté de volume. La langue est légèrement saburrale ; les réflexes patellaires sont forts ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Une réaction de Wassermann est négative. Cet état persiste jusqu'au 30 mars. Le matin, à la visite, on constate la disparition du délire ; B... croit me voir pour la première fois, l'amnésie est complète et porte sur la période confusionnelle.

Les jours suivants, on note quelques absences très courtes, il est difficile d'en préciser la fréquence car elles ne durent que quelques secondes, ne s'accompagnent pas de chute et les personnes de son entourage ne s'en aperçoivent que par la pâleur du visage. B... quitte la maison de santé le 30 avril 1919.

OBSERVATION V

(L. MARCHAND)

Mlle B... a une hérédité chargée. Son grand-père maternel est mort aliéné ; une tante du côté paternel est épileptique ; son père, âgé actuellement de 51 ans, paraît bien portant ; sa mère, âgée de 50 ans, est nerveuse et impulsive. Ses deux sœurs, âgées de 23 et 15 ans, sont en bonne santé.

Dans son jeune âge, B... fut atteinte fréquemment de bronchite, le développement physique et intellectuel a été normal jusqu'à 13 ans, époque à laquelle sont apparues les premières crises épileptiques. Celles-ci sont d'abord uniquement diurnes, ont lieu au moment des repas, elles sont d'une courte durée et les mouvements convulsifs à peine indiqués. B... est soumise à un traitement bromuré qui reste sans effet. Puis elle est traitée par la galvanisation cervicale et les accès disparaissent. Il faut remarquer que les premières règles surviennent à cette époque et restent régulières pendant dix-huit mois, période pendant laquelle sa famille la croyait guérie. A l'âge de 15 ans, les règles disparaissent et en même temps les accès font leur réapparition avec une fréquence qui n'a plus variée. Vers l'âge de 18 ans, des troubles psychiques graves précèdent ou suivent les accès convulsifs. La malade accomplit des fugues ou présente des idées de suicide. Cet état nécessite l'internement. B... est internée à la Maison Nationale du 16 janvier 1917 au 24 mai 1917, du 2 novembre 1917 au 28 juillet 1918, du 10 au 18 septembre 1918. Elle entre à la Maison Nationale pour la quatrième fois, le 16 février 1919, à la suite des circonstances suivantes : après une crise, B... est partie pour Dieppe où la police la recueille, elle fut transférée de l'hôpital de cette ville dans notre service.

B... est alors âgée de 21 ans. Ses parents nous apprennent qu'elle est mal réglée depuis quelques mois et que les crises paraissent plus nombreuses au moment des époques menstruelles. Le jour de son entrée, B... a six crises convulsives, ainsi caractérisées : aura consistant en un sentiment de peur, chute en arrière, perte absolue de connaissance, mouvements convulsifs peu étendus, morsure de la langue, émission d'urine ; la durée de la crise est de quelques minutes. On constate à la suite un état de confusion mentale qui dure quelques jours. B... est agitée, grimpe après les impostes, déclame, frappe les infirmières, tient des propos érotiques, cherche à s'évader ; elle a une moyenne de dix crises par mois, suivies fréquemment des troubles confusionnels. Les vertiges et les absences sont rares ; on ne constate aucun symptôme d'organité ; les urines n'ont ni sucre, ni albumine.

Les règles irrégulières n'ont lieu que deux fois pendant les huit mois que B... reste dans notre service. Contrairement aux renseignements donnés par les parents, on ne constate pas une plus grande fréquence des crises avant, pendant ou après les époques menstruelles. B... quitte la maison de santé le 22 septembre 1919.

Le 25 décembre 1919, B... subit l'ablation des ovaires et de l'utérus. Elle est âgée de 22 ans. Un médecin avait dit à sa famille qu'après cette opération les crises ne se reproduiraient plus. La mère avait accueilli avec empressement l'idée de cette opération, car elle craignait que sa fille, poussée par ses idées érotiques, n'ait des rapports sexuels pendant ses fugues et ne devint enceinte. Les suites opératoires furent normales. Douze jours après l'intervention, les crises nerveuses reparaissent avec les mêmes troubles confusionnels post-aroxystiques. La malade s'agite, touche à la plaie opératoire et l'infecte. La suppuration dure un mois. Les crises sont nombreuses, presque quotidiennes, les absences et les vertiges ont plus fréquents qu'avant l'opération, les troubles mentaux deviennent permanents. Le caractère est irascible, la malade instable.

Le 9 avril 1920, B... quitte le domicile de ses parents et va se placer comme bonne. Depuis quelques jours, elle répétait continuellement qu'elle ne voulait plus être à la charge de ses parents. Elle a une crise chez les personnes où elle est placée et c'est par hasard que son père peut la retrouver, car elle avait donné une fausse adresse. Elle refuse ensuite de s'alimenter, dit qu'elle veut gagner les 2.500 francs qu'a coûté son opération. C'est dans ces conditions qu'elle entre pour la cinquième fois à la Maison Nationale, le 14 avril 1920. B... est amaigrie, le facies est pâle, l'haleine a une odeur prononcée d'acétone, les narines sont fuligineuses, la langue est sèche ; ces derniers troubles disparaissent rapidement, car la malade ne fait aucune difficulté pour s'alimenter. Les premiers jours de son entrée, B... ne présente que des vertiges mais bientôt les grandes crises se reproduisent tous les jours et même deux fois par jour. A part l'absence des règles on ne constate aucun autre symptôme particulier déterminé par la suppression des fonctions ovariennes. Le corps thyroïde ne paraît pas hypertrophié.

OBSERVATION VI

(Hugh S. DAVIDSON)

A. B... Elle se plaint d'accès qui viennent quelques heures avant la période menstruelle. Les accès épileptiques durent depuis 5 ans.

Histoire menstruelle. — Les périodes ont commencé entre 13 et 14 ans ; durée 5 à 6 jours. Type, 28 jours. Il y a une grande douleur pendant quelques heures avant la période et le premier jour. Jamais aménorrhée ni ménorragie.

Histoire nerveuse. — Les premiers accès venaient environ 6 mois après que les périodes menstruelles ont commencé. Ils arrivaient régulièrement quelques heures avant que le saignement soit apparent et ils n'arrivaient pas pendant la période intermenstruelle. La malade perdait connaissance, tombait et se blessait fréquemment. Elle ne se mordit jamais la langue. Une fois seulement, dans un très fort accès, elle a eu une miction involontaire.

La durée d'un accès était d'une demi-heure à 2 heures ; très violent mal de tête qui durait plusieurs heures. Elle était assoupie et voulait dormir. Si elle prenait la nuit 30 grammes de bromure de potassium avant l'arrivée d'une convulsion, cela prévenait d'ordinaire les accès, ou si elle les prenait régulièrement à la dose de 10 grammes trois fois par jour, cela empêchait leur apparition. Plus tard, les bromures ne produisaient pas leur effet et les accès arrivaient en dépit de l'augmentation des doses.

Examen vaginal. — On trouvait l'utérus en état normal dans sa grosseur et dans sa position, mais l'ovaire gauche était grossi et sensible. En le pressant, il ne produisait pas de convulsion.

Le diagnostic de l'épilepsie ovarienne fut établi et une intervention fut pratiquée. L'ovaire gauche fut enlevé à la manière. On remarqua que, lorsque l'ovaire fut arraché, la malade s'arrêta de respirer et devint en état de cyanose et demeura ainsi jusqu'à ce que l'ovaire fut enlevé, puis elle recommença à respirer et ne manifesta aucun autre trouble malgré que l'autre ovaire était manipulé librement. Il paraissait normal et ne fut pas enlevé.

Histoire des suites. — Trois mois plus tard, elle eut un accès à l'époque d'une période menstruelle après une longue séance de dur travail et se sentait épuisée.

Depuis lors, il y a un an, il n'y a plus eu d'accès et sa santé générale s'est très améliorée.

A la coupe, l'ovaire montrait une ovarite folliculaire et avait augmenté de volume.

OBSERVATION VII

(Hugh S. Davidson)

C. D... Elle se plaignait d'accès à l'époque de la période menstruelle.

Histoire menstruelle. — Les périodes menstruelles ont commencé à l'âge de 12 ans ; durée 5 jours ; type 28 jours ; douleur le jour avant la période menstruelle ; pas d'aménorrhée ni de ménorrhée.

Histoire nerveuse. — Les accès venaient au même moment que l'apparition de la première période menstruelle et étaient confinés au jour avant et le premier jour de la période. Ils n'arrivaient pas tous les mois et pas du tout entre les périodes. Les bromures les arrêtaient, mais aussitôt qu'on supprimait le médicament, les accès réapparaissaient. La dilatation et le curetage furent accomplis et il y eut une grande amélioration pendant deux ans après lesquels les accès revenaient. Les bromures les arrêtaient encore pour quelque temps, mais plus tard échouèrent totalement. Les accès commençaient d'apparaître entre les périodes. Dans un accès, la malade perdit connaissance, tomba et se mordit la langue.

Examen vaginal. — L'utérus est normal en grandeur et en position, rien d'anormal au toucher, dans les ovaires.

Un diagnostic d'épilepsie ovarienne fut établi et une intervention fut pratiquée. Les ovaires paraissaient normaux, mais tous les deux furent enlevés, la convalescence se passa bien et depuis lors, il y a trois ans, la malade n'a pas eu d'accès et sa santé générale fut grandement améliorée.

Rien d'anormal ne fut reconnu dans les ovaires.

OBSERVATION VIII

(J. SCHRAMM)

Al. Agues B..., âgée de 27 ans, a été observée presque 9 ans. Ses antécédents héréditaires sont très chargés. La mère est épileptique ; de dix enfants, trois sont faibles d'esprit (un est dans un service pour épilepsie).

La première crise provoquée, par une très grande frayeur, se produit à 16 ans, à l'époque quand les premières règles apparaissent. Les règles ensuite restent absentes toute une année, ainsi que les accès.

A partir de 17 ans, elle est réglée normalement toutes les quatre semaines. Presque tout aussi régulièrement se présentent les crises convulsives qui, finalement, deviennent nombreuses (environ tous les 14 jours) et à l'époque des règles elles atteignent la plus grande intensité.

Sans prodrome, la chute soudaine, avec la perte absolue de connaissance, des violents mouvements convulsifs, toniques et cloniques, le pouce en adduction, cyanose de la face, l'écume sanglante s'échappant de la bouche. La pâleur après la crise. La crise convulsive dure plus ou moins longtemps, et habituellement aucun souvenir de ce qui vient de se passer.

A ce mal se joint ultérieurement (en 1878) à la suite d'une chute, une rétroflexion utérine qui n'existait pas au début des attaques épileptiques. Un long traitement gynécologique de la déviation utérine par réduction, pessaire, etc., n'a pas exercé d'influence sur la diminution des accès.

Le 30 mars 1885, la malade entre à l'hôpital Carol envue de la castration.

Voilà ce que l'examen a montré :

Taille moyenne, le corps n'est pas trop mal développé, médiocrement entretenu. Anémie forte. Sur la tête, aucune anomalie. Le facies un peu hébété ; la langue chargée montre, sur le bord, une ancienne cicatrice. Organes thoraciques sont sains. Les organes génitaux externes sont normaux, l'utérus rétrofléchi, légèrement mobile. Les ovaires des deux côtés sont normaux en grandeur, consistance et sensibilité.

Castration, le 21 avril 1885. — Les deux ovaires furent enlevés. D'après l'examen du Professeur Néelsen, les deux ovaires

ne montraient pas d'altérations pathologiques.

Les suites sont normales jusqu'au 19^e jour, pendant ce temps la malade quitte le lit pour quelques heures, puis des douleurs se font sentir du côté gauche et une simple élévation de la température de 38°6.

Le 8 mai. — Bien-être, la sensibilité à la pression de la région iliaque gauche est très améliorée. La température est normale.

Le 12 mai. — Le matin sans prodrome, la perte de connaissance et une forte épistaxis. En même temps le visage brûlant et rouge. Le pouls très fort et accéléré, pas de fièvre. L'inconscience dure deux heures, puis la malade se plaint de forte chaleur et de céphalée.

Traitement. — Sachet de glace sur la tête ; purgation.

13 mai. — La céphalée est un peu amendée, l'épistaxis n'est pas renouvelée. Les bouffées de chaleur existent toujours. Pas de douleurs abdominales.

15 mai. — Etat amélioré, pas de céphalalgie, seulement par moment des bouffées de chaleur. L'appétit est bon.

17 mai. — L'amélioration se poursuit, la malade quitté le lit.

4 juin. — Le soir, vers 6 heures, la perte subite de connaissance et les mouvements convulsifs qui se répètent plusieurs fois, puis la malade devient très agitée, a des hallucinations et il est très pénible de la maintenir dans son lit. Elle croit être entourée de brigands qui veulent l'assassiner. Cet état dure toute la nuit malgré plusieurs injections de morphine.

5 juin. — Le soir, de nouveau des hallucinations, la connaissance n'est pas encore revenue.

Pendant la nuit, une continuelle agitation et des hallucinations persistent jusqu'au matin du 6 juin. Depuis que la connaissance est revenu, la malade se plaint des violentes céphalées et des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen et dans tous les membres. La malade dort très bien.

La face est conjonctive, très rouge.

13 juin. — Bien-être. La malade quitte le lit.

1^{er} juillet. — La malade était bien portante jusqu'à hier ; elle se plaignait seulement de continuelles douleurs dans le côté gauche de l'abdomen et des bouffées de chaleur. Hier

soir, de nouveau sans prodrome, survint un accès épileptique avec la perte de connaissance consécutive et avec la perturbation dans les idées. La malade croit qu'elle brûle, l'accès dure 2 heures et demie, puis sommeil agité. Aujourd'hui, vers le soir, encore un accès d'hallucination qui dure 1 heure et demie. Dans les moments lucides, la malade se plaint de violentes céphalalgies, de douleurs à la nuque et dans le côté gauche de l'abdomen. Sachet de glace sur la tête, injection sous-cutanée de morphine.

2 juillet. — La malade se plaint comme hier ; deux fois la perte de connaissance de courte durée avec des mouvements convulsifs isolés sans hallucination.

3 juillet. — Le soir, de nouveau la perte de connaissance, hallucination et convulsions.

5 juillet. — Hier et aujourd'hui pas de trouble de connaissance, face et conjonctive encore rouges, elle se plaint de céphalalgie, douleur* à la nuque et dans l'abdomen.

10 juillet. — Aucun accès n'est plus revenu, douleurs du côté gauche de l'abdomen sont moindres.

17 juillet. — La malade quitte l'hôpital.

Elle exerce actuellement son ancien métier d'infirmière à l'hôpital civil de Chemnitz.

D'après les renseignements par lettres et par observation personnelle (au début de novembre 1886) les attaques épileptiques ne se sont plus renouvelées depuis le 19 juillet 1885. Les bouffées de chaleur se produisent encore de temps en temps, mais sont de moindre intensité. Les règles ne sont plus revenues.

OBSERVATION IX

(J. SCHRAMM)

Ida W..., 20 ans, enfant naturel. La mère et trois frères et sœur sont bien portants. De son père, qui est mort il y a 8 ans, elle a été, comme enfant, fréquemment brutalisée.

A 10 ans elle a eu la rougeole. A l'école elle était considérée comme une élève capable.

A 14 ans, avec l'apparition des périodes menstruelles se

produit aussi le premier accès épileptique. Les principaux accès convulsifs se produisaient à l'époque des règles qui apparaissaient toujours irrégulièrement. Toujours quelques minutes avant les attaques convulsives apparaissaient des vertiges et une grande angoisse, puis elle poussait un cri instinctif et tombait n'importe où, après quoi se déroulaient des mouvements convulsifs toniques et cloniques. Par suite de morsures de la langue, une écume sanglante s'échappait de la bouche. Des crises analogues d'un quart d'heure de durée se répétaient durant plusieurs jours très fréquemment. Après le retour de connaissance, elle ne pouvait se souvenir des événements durant 10 à 20 minutes. L'accès est toujours suivi de céphalalgie, de vomissements et parfois d'un sommeil persistant presque deux jours. Avec le temps, la mémoire commença aussi à souffrir. L'inattention et les désordres dans les idées se faisaient déjà remarquer. En 1882, elle entra dans un établissement pour les incurables et y resta un an. Lorsque durant toute une année (1883-1884) les périodes menstruelles disparurent, les crises convulsives s'arrêtèrent aussi. Cette amélioration de sa santé l'a décidé à partir pour la Russie chercher une meilleure situation et où les crises convulsives combinées avec des saignements utérins réapparurent très fréquentes.

Le 3 juin 1885, elle tomba malade de typhus. Après cela les périodes menstruelles restèrent de nouveau absentes pour trois mois, ainsi que les accès. A partir du mois de septembre de la même année les crises épileptiques, toujours associées avec les saignements utérins, se reproduisaient tous les 14 jours avec une intensité réveillée.

Quatre jours avant son admission à l'hôpital Carol elle eut, avec sa dernière menstruation, un fort accès.

Examen. — Robuste, taille moyenne, face très rouge, les incisives supérieures cassées à la suite d'un accès (chute sur la bouche). A la pointe de la langue, plusieurs petites cicatrices. Organes thoraciques sains, les organes génitaux externes et internes sains, à l'exception d'une augmentation peu importante de l'ovaire droit.

Castration, le 14 octobre 1885. — Les deux ovaires sont enlevés, l'examen révèle dans l'ovaire droit un simple kyste

de la grosseur d'une cerise ; à la coupe, cicatrices des anciens corps jaune. Sur la coupe médiane de l'ovaire gauche un follicule mûr et un assez grand nombre des récents corps jaunes ; à la périphérie, un follicule kystiquement dégénéré. Le tissu de deux ovaires par place quelque peu riche en cellules rondes, autrement aucune altération inflammatoire. La muqueuse tubaire, de deux côtés, intacte. (Examen du Professeur NEELSEN.)

Les suites sont normales après 14 jours, la patiente abandonne le lit. Jusqu'à la fin de décembre, pas d'accès. La veille du 24 décembre apparut, après de fortes congestions de la tête et avec la perte de connaissance, une crise épileptique d'une heure de durée. La malade avait beaucoup dansé et beaucoup bu dans la soirée.

Les 27 et 29 janvier, des courts accès.

Le 4 février, un accès faible.

Le 9 février, les derniers mouvements convulsifs d'une durée de 4 heures.

La malade écrit (milieu de novembre) que les accès de bouffées de chaleur ont depuis disparus. Les crises épileptiques ne se sont plus montrées et qu'elle est en état à reprendre son ancien métier de bonne.

OBSERVATION X

(LEPPMANN)

Émilie Hildebrand, née en 1865. Son père était alcoolique et était mort de phthisie. La mère avait des accès d'évanouissement avec la perte de connaissance, surtout lorsqu'elle se mettait en colère. Un oncle maternel est mort de phthisie avec *delirium tremens*. Deux sœurs de la malade vivaient et étaient bien portantes. Une est morte en bas âge.

A sa naissance le père avait 39 ans, la mère 36 ans. Elle était d'une faible intelligence, apprenait peu à l'école et était atteinte de son plus jeune âge d'*enuresis nocturna*.

A 9 ans, elle a eu une fois des crises convulsives avec la perte absolue de connaissance. A 14 ans, avant la première apparition des règles, commençaient les accès de perte de

connaissance accompagnés des mouvements convulsifs. Les accès se répétaient constamment toutes les quatre semaines, régulièrement avant les périodes menstruelles qui étaient faibles, d'une durée de quatre jours.

Le 16 octobre 1882, elle eut un accès convulsif en pleine rue, et fut transportée à l'hôpital où elle présentait plusieurs violents accès avec complète perte de connaissance, des convulsions toniques et cloniques suivis d'une confusion de plusieurs heures, avec des cris inarticulés et une grande agitation. Elle se présentait, en ce temps-là, comme une jeune fille délicate, maigre, chlorotique, légèrement voûtée, avec des seins flasques.

Par pression externe de la région ovarienne on provoquait toutes les fois de la douleur. Au toucher, l'ovaire gauche était toujours nettement douloureux. Du reste, l'utérus présentait une légère antéversion et le corps et le col se montraient infantiles ; on ne trouvait nulle part, ni de l'anesthésie, ni de l'hyperanesthésie, réflexes abdominal, tégumentaire et patellaire étaient faibles. Les organes thoraciques et abdominaux ne montraient aucune altération. La patiente avait dans toute sa conduite quelque chose d'indifférent et d'endormi. Avec une sévère diète, la nutrition et la qualité du sang se corrigea, mais malgré l'emploi de bromure de potassium (6 à 8 gr. par jour) et de la liqueur de Fowler (6 à 24 gouttes par jour) la série des accès analogues se renouvelaient toutes les quatre semaines, mais ils n'étaient qu'une seule fois, vers le milieu de décembre 1883, accompagnés d'une faible période menstruelle.

Dans l'intervalle de ses accès la malade avait une seule fois, et cela à peu près toujours vers le milieu de cette période intermédiaire, des vertiges qui duraient quelques minutes.

On ne pouvait pas arrêter les accès convulsifs, ni par la pression de la région ovarienne, ni par la compression des carotides.

Le 5 février 1883, elle fut transportée à la Clinique gynécologique.

La castration, le 8 février 1883 :

Le 8 février 1883. — Pas de fièvre ; l'impression générale est bonne, la plaie peu douloureuse, l'épigastre plat, la région

des ovaires n'est pas sensible à la pression ; l'après-midi, une légère transpiration ; le soir, des coliques dans le ventre ; elle urine spontanément.

Traitement : Teinture d'opium, 25 gouttes ; un peu de café.

Le 9 février 1883. — Pas de fièvre, pas de douleur, excepté au niveau de la plaie ; soif, elle prend plusieurs fois par jour du café ; contre l'insomnie, chloral ; pas d'accès convulsifs ; depuis l'opération jusqu'à aujourd'hui il n'y avait pas d'incontinence nocturne d'urine.

Le 11 février 1883. — Pas de fièvre, des douleurs nulle part ; la patiente a une bonne mine, l'appétit est bon, les premières selles diarrhéiques, mais sans douleur.

Le 17 février 1883. — Le premier changement de pansement. La gaze est un peu tachée de sang, la plaie était presque cicatrisée sauf dans la partie inférieure. Dans cette partie inférieure, elle était un peu flasque et séparée ; très peu de rougeur inflammatoire autour du drain ; toutes les sutures sont enlevées ; pas d'infiltration dans le voisinage de la plaie ; aucune douleur ; jusqu'à aujourd'hui, aucun accès ; pas d'énurésis nocturne. On a fait un nouveau pansement. La patiente se lève.

Le 20 février 1883. — La malade a quitté la Clinique gynécologique et fut transportée dans l'hôpital où elle était auparavant. C'est là que, le 2 mars, les accès épileptiques réapparaissent, et qui ont duré, avec de courtes interruptions, jusqu'au 23, à midi. Pendant ces accès, elle urina dans le lit. Jusqu'au 26, elle resta toute troublée et elle ne se souvenait pas des événements survenus depuis le 22 mars.

Sur la demande de sa mère elle est sortie le 15 avril ; des accès analogues se montrèrent alors après huit semaines, vers le 20 juin 1883. Puis quatre semaines elle n'avait pas de crises, mais elle devenait souvent mauvaise et inquiète, elle parlait de choses indistinctes. Ensuite, toujours après quatre semaines, elle avait tantôt des crises convulsives, tantôt un état de confusion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des ovaires chez les épileptiques a été l'objet de peu de recherches. Cependant, cette méthode d'investigation permet d'obtenir des données précises sur le rôle que les ovaires peuvent jouer dans la pathogénie d'épilepsie dite ovarienne. Elle permet d'apprécier jusqu'à un certain point leur hyper ou hypofonction ; elle permet de retrouver, dans certains cas, le point de départ de l'excitation.

Dès 1877, TOURNEUX signale l'altération pathologique de l'ovaire comme cause d'hystéro-épilepsie.

GAILLARD Thomas considérait l'ovarite chronique comme ayant des rapports de causalité avec l'épilepsie.

LAWSON TAIT a eu l'occasion, dans quelques cas, d'étudier les ovaires des épileptiques à épilepsie menstruelle qu'il opérait. Les ovaires présentaient, dans ces cas, des lésions anatomiques et notamment de la cirrhose de l'ovaire, ovarite interstitielle aboutissant à l'atrophie de l'organe.

Dans les observations de SCHRAMM, les ovaires ne présentaient pas de grandes altérations. Dans sa première observation, les ovaires étaient trouvés sans altérations pathologiques. Dans la seconde, il y avait par place, sur

la coupe des deux ovaires, des cellules rondes, l'ovaire droit présentait un petit kyste périphérique, l'ovaire gauche un follicule kystiquement dégénéré. La muqueuse des deux trompes était saine.

Les tumeurs ovariennes ont été vues compliquées d'accidents épileptiques.

Dans le cas de RUSSELL, des attaques épileptiformes survinrent chez une femme porteur de deux tumeurs ovariennes, ces attaques cessèrent à l'ablation des deux ovaires.

BRENNAN pratiqua l'ablation des ovaires chez une jeune fille de 19 ans avec la transplantation ovarienne ; les deux ovaires sont sains, « quoique un peu kystiques ».

DAVIDSON, sur les 33 cas qu'il a pu découvrir, a trouvé :

Dans 5 cas, les ovaires paraissaient normaux.

Dans 15 cas, ils étaient kystiquement dégénérés.

Dans 4 cas, ils étaient décrits comme simplement hypertrophiés.

Dans 4 cas, cirrhotiques.

Dans 2 cas, comme adhérents, sans mention d'un changement pathologique de tissu ovarien.

Dans 1 cas, comme dégénérés.

Dans 1 cas, il y avait un hématome de l'ovaire.

Dans 1 cas, aucune mention n'est faite d'eux, mais l'utérus est décrit comme imperméable.

L. MARCHAND a examiné dans 8 cas les ovaires concernant des épileptiques de l'âge adulte. Dans 6 cas, l'examen histologique n'a décelé aucune lésion importante. Toutefois, les follicules de de Graff étaient moins abondantes que dans les ovaires provenant de sujets normaux. Les follicules ayant atteint un certain développement

étaient rares. Dans deux cas, les follicules de de Graff faisaient complètement défaut et la substance médulaire présentait un certain degré de sclérose. CLAUDE et SCHMIERGELD ont également noté chez certains épileptiques des altérations indiquant une insuffisance fonctionnelle de ces glandes.

En plus d'altérations pathologiques plus ou moins importantes des ovaires, on trouvait souvent d'autres altérations d'organes génitaux dans l'épilepsie menstruelle.

Ainsi DAVIDSON, parmi 33 cas, mentionnait :

1 cas dans lequel l'utérus était imperméable.

2 cas dans lesquels il y avait une hydrosalpingite, en plus des ovaires kystiques.

2 cas avec une inflammation tubale.

1 cas avec un utérus infantile.

1 cas avec un large ligament kystique.

Il est important de noter parmi les observations que nous avons pu recueillir la fréquence des déviations utérines.

SCHRAMM, dans sa première observation (observ. VIII), constata chez la patiente une rétroversion utérine qui se produit à l'occasion d'une chute et qui n'existait pas au début des attaques épileptiques. Le traitement gynécologique de cette déviation n'a en rien modifié la fréquence et l'intensité des accès convulsifs.

La malade de LEPPMANN présentait aussi une antéversion utérine (observ. X).

Particulièrement est intéressante l'observation de MM. COTTE et REBATTU, dans laquelle la malade présen-

tait une rétroversion assez facile à réduire et dont la réduction d'abord par le pessaire, puis par fixation utérine amena une remarquable amélioration.

PRONOSTIC

Il est assez difficile de donner un pronostic opératoire d'une valeur réelle, puisque les cas ont été peu nombreux et surtout puisqu'on ne pouvait donner une grande valeur à toutes les descriptions des maladies, étant peu explicites. Pour SCHRAMM, le nombre total de castrations dans l'épilepsie et hystéro-épilepsie était de 27.

Parmi ces 27 cas, il y avait 15 castrations dans l'hystéro-épilepsie et 12 cas de castration dans l'épilepsie.

Dans l'hystéro-épilepsie, il y avait : 11 guérisons, 2 cas avec une issue incertaine, 1 cas non guéri et 1 cas de mort post-opératoire.

Dans l'épilepsie et les convulsions épileptiques, le résultat se présente moins favorable ; de 12 cas, 4 cas de guérison, 2 cas améliorés, 4 cas non guéris et 2 cas de mort des suites opératoires.

Selon DAVIDSON, le pronostic opératoire dans l'épilepsie est en principe nettement favorable. Sur 33 cas, il trouve :

22 cas ayant été complètement guéris de leur épilepsie (dans 2 de ces cas, il y a eu quelques accès durant les premiers six mois après l'opération).

5 cas montraient une amélioration plus ou moins marquée et dans 6 cas il n'y avait aucun changement.

Parmi ces 6 cas, il y avait 1 cas de LEPMANN dans lequel il s'était produit une infection septique et une masse inflammatoire formée sur le côté gauche, dans la région qui avait été occupée par l'ovaire.

Pour DAVIDSON, il y a ainsi un pourcentage de 66,5 % de guérisons complètes, 15 % d'améliorations et 18,5 % d'insuccès.

SPRATLING rapporte, par contre, seulement une guérison sur les 9 cas, quoique dans 4 de ceux-ci il y avait une amélioration dans l'état général, aucun changement ne se produisit dans l'état de l'épilepsie.

Dans la majorité des cas, l'opération a été indiquée par des lésions constatées au niveau des organes génitaux ; cependant, elle a été aussi exécutée, dans un nombre minime des cas il est vrai, sur les ovaires sains.

SCHRAMM, LEPPMANN et DAVIDSON sont d'avis qu'on peut enlever même les ovaires sains.

En nous reportant à l'étude des observations que nous présentons, et surtout à l'anatomie pathologique des ovaires, nous pouvons dire que, dans une grande majorité des cas, les ovaires présentaient des altérations pathologiques plus ou moins importantes. Même lorsqu'ils apparaissent normaux, il est possible qu'ils peuvent dans une certaine mesure, être malades, puisque le changement d'un ovaire normal se reproduisant constamment, il est souvent difficile de distinguer normal d'anormal.

Donc, dans la plupart des cas ci-dessus, diagnostiqués comme épilepsie menstruelle, il ne s'agissait en réalité que d'une épilepsie ovarienne réflexe. Il est évident alors que la castration a pu avoir du succès en éloignant la source de cette excitation. Ce qui nous explique aussi

certainement l'insuccès dans les deux cas de MM. COTTE et REBATTU, où la neutralisation par rayon X supprime l'ovaire au point de vue fonctionnel, mais le laisse persister au point de vue anatomique.

A l'appui de cette opinion, nous remarquerons que dans la première observation de DAVIDSON (observ. VI), l'ovariotomie ne fut pas double, mais un seul ovaire fut enlevé, ovaire qui présentait une altération pathologique évidente, l'autre sain fut laissé en place.

Donc, nous pouvons conclure que, dans la plupart des cas, il s'agissait d'une épilepsie ovarienne réflexe, et surtout dans les cas où la castration a produit une guérison.

CONCLUSIONS

I. — Malgré toutes les recherches entreprises à ce sujet, il est encore difficile d'établir de façon précise les rapports qui peuvent exister entre l'épilepsie et la glande génitale.

II. — Chez la femme, l'existence de forme dite « épilepsie menstruelle » a poussé certains chirurgiens à traiter ces malades par la castration.

III. — Celle-ci peut être réalisée soit par l'intervention sanglante, soit par la radiumthérapie.

IV. — Les résultats obtenus ont été très inconstants. Il semble que si, dans certains cas, la castration a été suivie d'un bon effet, c'est qu'il s'agissait probablement d'épilepsies réflexes. Il existait, dans la plupart de ces cas, des lésions ovariennes ou utérines. Elle est donc justifiée dans ces cas-là. Par contre, dans l'épilepsie essentielle, la castration ne semble pas devoir être employée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

JEAN LÉPINE.

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Juin 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ASHE (J.-S.). — Ovarian insuf. as a prob. cause of. epilepsie.
DUBLIN (J.-M.). — *Sc. Incl. Tr. Roy. Acad.*
AXENFELD (A.). — Traité des névroses (Paris, 1883).
BEAU. — Recherches statistiques pour servir à l'histoire de
l'épilepsie et de l'hystérie (*Arch. Gén. de Méd.*, 2^e série,
juillet 1836).
BRENNAN. — Epilepsie menstruelle traitée par la transplan-
tation ovarienne (*The Glasgow Med. Journ.*, vol. LXIII,
n° 2, février 1904).
BRIÈRE DE BOISMONT. — La menstruation considérée dans ses
rapports physiologiques et pathologiques (1842).
CLAUDE (Henri) et SCHMIERGELD (A.). — Les glandes à sécré-
tions internes chez les épileptiques (*L'Encéphale*, p. 1,
janvier 1909).
— Etat des glandes à sécrétions internes dans l'épilepsie
(*C. R. Hebdomadaire de la Soc. de Biologie*, juillet
1908).
CARBONELLI. — Della castrazione nelle nevrosi della donna
(Torino, 1896).
COTTE et REBATTU. — Epilepsie et castration (*Société Méd. des
Hôpitaux de Lyon*, février 1924).
DALCHE. —
DJERGINSKI (de Karkow). — Questions russes de psychiatrie et
de neurologie n° 3 et 4, 1914 (*C. R. Revue Neurologi-
que*, 1916).
ETIENNE et RICHARD. — Epilepsie d'origine endocranienne
(*C. R. Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1920).
FÈRE. — Les épilepsies et les épileptiques (Paris, 1890).

- FLEURY. — Nature de l'épilepsie (*C. R. Presse Médicale*, juillet, 1921).
- FRITSCH. — *Archiv. für Gynaekologie*, Band. XXVI, p. 61.
- GELINEAU. — *Traité des épilepsies* (Paris, 1901).
- GEORGOPOULOS. — Etiologie de l'épilepsie (*Thèse de Lyon*, 1917-1918).
- GUIDI. — Pathogénie de l'épilepsie (*C. R. Encéphale*, 1909).
- GORDON (A.). — Epilepsy in its relations to menstrual periods
Study of 23 cases (*Pensylvania Med Journ.*, févr. 1910).
- GUALINO. — Contribution clinique à la pathogénie de l'épilepsie menstruelle (*Ann. di Gren. Fasc.*, 4 déc. 1907).
- HEGAR. — Die castration der Frauen (*Sammlung Klinischer Vorträge*, Von R. Volkmann, 1878, p. 1011).
- Der Zusammenhang des Geschlechts. Krankheiten mit nervösen Leiden und die Neurosen (Stuttgart, 1885 ; Seite, 56).
- HUGH DAVIDSON (S.). — Ovarian epilepsy and its treatment by operation (*Edimburg Med. Journ.*, n° 2, février 1910).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XVIII^e sess., Dijon, août 1908.
- LE BRETON (A.). — Epilepsie et menstruation (*Thèse de Paris*, 1911-1912).
- LÉPINE (J.). — Emotion et épilepsie (*Lyon Méd.*, 1912).
- Epilepsie psycho-asthénique (*Revue de Méd.*, 1911).
- LEPPMANN. — *Archiv. für Gynaekologie*, Band XXVI, Seite, 57.
- LEVI BIANCHINI. — Les épilepsies menstruelles (*Il Monicomio*, 1909).
- Epilepsie cataméniale (*Arch. di Psych. Pat. anthrop. crimin. e med. Leg.*, 1900, fasc. 4-5).
- MAËS et CLAUDE. — Contribution à l'étude de l'épilepsie idiopathique (*Ann. d'électr. et de radiol.*, avril-mai 1907).
- MARCHAND (L.). — Epilepsie convulsive survenue après une ovariectomie (*Revue de Psychiatrie*, septembre 1899).
- Epilepsie et hystérie (*P. Méd.*, 1920, p. 627).
- Influence de l'ovariectomie sur l'épilepsie (*Ann. Med. Psychol.*, 1920).
- RÉGIS. — *Précis de psychiatrie*, 3^e édition, Paris, 1906.
- REBATTU, MOLLON et SEDAILLAN. — Epilepsie et fonction ovarienne (*C. R. Société Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 1922).

- RÉMOND et VOIVENEL. — Rôle de la ménopause en pathologie mentale.
- ROCHET. — Hystér-épilepsie et castration (*J. d'Accouch.*, Liège, 1891).
- RUSSELL. —
- SCHMALFUSS (G.). — Zur castration bei Neurosen.
- SCHRAMM (J.). — Ueber castration bei Epilepsie (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1887).
- TOULOUSE et MARCHAND. — De la thérapeutique ovarienne (*Société de Biologie*, février 1899 et *Revue de Psychiatrie*, 1899, p. 80).
- TOURNEUX. — Altération de l'ovaire comme cause d'hystéro-épilepsie, 1877.
- TREPSAT (L.). — Epilepsie et menstruation (*L'Encéphale*, juin 1908, p. 486).
- VILLARD. — De la menstruation chez les épileptiques (*Mouvement médical*, 1868, N° 30 et 31).
-

Table des Matières

L'épilepsie et la menstruation.	9
La castration dans l'épilepsie	15
Observations	23
Anatomie pathologique.	39
Pronostic	43
Conclusions	47
Index bibliographique	48
